

een indicatie om te onderzoeken of er iets is misgelopen.

• Het beste is de alternatieve geneeskunde te beschouwen als een niet ernstige, 'selflimiting disease'. Het zal geen epidemie worden die de spugaten uitloopt. Zoveel domme mensen zijn er nu ook weer niet en het teveel aan artsen zal niet blijvend zijn.

Het merkwaardige van de tegenwoordige tijd is dat velen zo slecht met het irrationele in de mens kunnen omgaan. Door veel artsen wordt momenteel ook het religieuze aspect van het ziek-zijn eenvoudig ontkend.

Van mij hoeft het NHG-bestuur of de LHV zich niet uit te spreken. Er zijn belangrijker zaken. Kortom: laten we ophouden de alternatieve geneeskunde te bestrijden. Het is zonde van de tijd en het helpt niet. Domheid is onfeilbaar.

G.J. Bremer

¹ Bakx K, e.a. Alternatieve behandelingswijzen [Ingezonden]. Huisarts Wet 1989;32: 277-8.

² Anoniem. Gedragsregels voor artsen. 2e dr. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1984.

³ Van Weel C. De brildrager en de blinde zieners [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1982; 25: 42-3.

Prevalentiecijfers

In het artikel 'Helder zicht op wazige zaken'¹ worden in tabel 1 cijfers gegeven voor de incidentie en prevalentie van oogandoeningen die zijn ontleend aan de Nijmeegs Continue Morbiditeits Registratie. Deze gegevens komen echter niet overeen met hetgeen in de geciteerde bron staat, en dat geldt ook voor de rectificatie in het decembernummer (p. 546). In 'Morbidity figures'² wordt niet gesproken van incidentie en prevalentie, maar van *nieuwe* en *bekende* gevallen.

Het begrip incidentie heeft betrekking op het aantal nieuwe diagnoses/episoden per jaar per 1.000 patiënten. Incidentiecijfers zijn meestal, bij het hanteren van dezelfde definities, goed vergelijkbaar. Dat geldt echter niet voor prevalenties. In de CMR wordt het begrip prevalentie bij voorkeur niet gebruikt. Wij registreren bekende (chronische) aandoeningen in elk jaar dat de betreffende aandoening onder de aandacht van de huisarts is, ná het jaar waarin de aandoening voor de eerste keer (als nieuwe aandoening) is geregistreerd. In andere projecten wordt prevalentie gebruikt voor het totaal aantal aandoeningen dat in een bepaald jaar geregistreerd

wordt, inclusief de diagnoses die al in eerdere jaren zijn gesteld. Zo zal de 'prevalentie' van conjunctivitis iets hoger zijn dan de incidentie, doordat er enige 'prevalente' gevallen van het voorgaande jaar zijn geregistreerd.

Het optellen van nieuwe en bekende gevallen uit de gegevens van de CMR kan bij een aantal aandoeningen een benadering zijn van de 'prevalentie'; het is echter onjuist om deze optellingen ook 'prevalenties' te noemen.

Overigens zijn wij bij onduidelijkheid over de interpretatie van onze gegevens altijd bereid nadere informatie te geven.

W. van den Bosch

E. van de Lisdonk

¹ Wouts WJM, Dekkers NWHM. Helder zicht op wazige zaken. Huisarts Wet 1989; 32: 434-8.

² Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al., eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

Naschrift

De opmerkingen van Van den Bosch en Van de Lisdonk zijn waar, maar doen niet ter zake. In de inleiding tot ons artikel stellen wij dat er juist geen behoorlijke cijfers beschikbaar zijn over de oogheelkunde in de eerste lijn. Elke statistiek over oogheelkunde – eerste- of tweedelijns – die niet als allesoverheersende koploper de visusstoornissen of refractie-afwijkingen vermeldt, deugt niet. Dit komt natuurlijk doordat deze patiënten niet bij de huisarts komen, enerzijds door rechtstreeks vertrek naar oogarts/opticien, anderzijds door gebrek aan interesse of ervaring in deze bij de huisarts.

Ons protocol is er juist op gericht om de huisarts weer greep te laten krijgen op de oogheelkunde: laat hem maar eens beginnen met de visus op te nemen, etc. Als dat in redelijke mate tot de eerste lijn is doorgedrongen, zullen we wel weer eens over (het vergaren van) prevalentie- en incidentiecijfers gaan nadenken.

W. Wouts

N. Dekkers

Pattern of malformations in children of women treated with carbamazepine during pregnancy

Jones JK, Lacro RV, Johnson KA, et al. *N Engl J Med* 1989; 320: 1661-6.

Heeft carbamazepine teratogene eigenschappen? Bij acht kinderen van wie bekend was dat zij prenataal bloot hadden gestaan aan carbamazepine, werd retrospectief onderzoek gedaan naar geboorteafwijkingen. Tevens werden prospectief de zwangerschappen vervolgd van 72 vrouwen die carbamazepine gebruikten.

Alle kinderen in de retrospectief onderzochte groep bleken eenzelfde patroon van congenitale afwijkingen te hebben. Dit patroon was gelijk aan de geboorte-afwijkingen die voorkwamen in de prospectief vervolgd groep. Bij 35 levendgeborenen kinderen die prenataal alleen aan carbamazepine hadden blootgestaan, bleken craniofaciale afwijkingen (11 procent), vingernagelhypoplasie (26 procent) en ontwikkelingsachterstand (26 procent) voor te komen.

De auteurs wijzen op de overeenkomsten met de congenitale malformaties die voorkomen bij de blootstelling aan difantoïne tijdens de zwangerschap.

Jan Groot

A randomized controlled trial of theophylline in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease

Murciano D, Auclair MH, Pariente R, et al. *N Engl J Med* 1989; 320: 1521-5.

Wat zijn de effecten van het gebruik van theofylline op patiënten met chronische obstructieve longziekten? In een dubbelblind cross-over onderzoek werd het gebruik van theofylline in retard-vorm vergeleken met een placebo. Zestig patiënten met ernstige chronische longziekten werden at random toegewezen aan twee groepen. Er waren twee behandelingsperiodes van twee maanden, met daartussen een toedieningsvrije periode van acht dagen.

Alleen tijdens het gebruik van theofylline bleken dyspneu, intrapulmonale gasuitwisseling, vitale capaciteit en FEV1 (Forced expiratory volume in one second) significant verbeterd. De functie van de bij de respiratie betrokken spieren bleek verbeterd te zijn.

Jan Groot

Asthma and the bean [Editorial]. *Lancet* 1989; ii: 538-40.

Rondom de haven van Barcelona deden zich regelmatig epidemieën van ernstige astma voor. Deze dagen bleken samen te vallen met dagen dat er in de haven sojabonen werden gelost.

Rond de stad werden luchtfilters geplaatst, waarin op zulke dagen de typische wandcellen van sojabonen werden gevonden. De windrichting en de barometerstand waren steeds ongeveer gelijk, terwijl de temperatuur en de vochtigheid konden variëren.

Van de 86 patiënten die op een bepaalde epidemiedag met een acute astmaaanval reageerden, bleken er 64 gevoelig te zijn voor de produkten van sojabonen. Tevens hadden zij een hoge IgE tegen sojabonenstof. Daarnaast bestaat een late reactie op sojabonen, die van belang kan zijn voor werkers in fabrieken waar deze bonen als grondstof worden gebruikt.

Sedert er op ontluchtingspijpen van de sojabonensilo's luchtfilters zijn geplaatst, hebben zich in Barcelona geen epidemieën van acute astma meer voorgedaan.

M. Sanders

Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour Gardosi J, Hutson N, Lynch CB. *Lancet* 1989; ii: 74-7.

Na de dure, wat onhandelbare geboortestoel is er nu een nieuw obstetrisch hulpmiddel: het geboortekussen. Het U-vormige zitkussen van schuimplastic ligt los op het kraambed en steunt de rug en de benen van de vrouw. Daardoor kan zij zonder veel inspanning een halfzittende houding volhouden. Aan weerszijden van het kussen zijn twee handvatten waaraan de vrouw tijdens de uitdrijving kan trekken.

Aan 427 vrouwen werd gevraagd mee te werken aan een onderzoek om na te gaan of het bevallen op dit kussen voordelen heeft boven de gebruikelijke liggende houding. Alle vrouwen waren gezonde primiparae met een zwangerschapsduur van minstens 37 weken, en met de vrucht in schedelliging. Zij werden at random ingedeeld in een zittende en een liggende groep. Beide groepen mochten tijdens de ontsluitingsweeën wandelen. Niemand weigerde mee te werken aan het onderzoek.

De verloskundigen vonden dat de vrouwen die zaten, het meepers sneller onder de knie kregen. De uitdrijving ging dan ook wat sneller bij deze groep. Bovendien waren er significant minder tangverlossingen (9 tegen 16 procent), minder perineumrupturen, maar meer scheuren in de labiae (die echter zelden gehecht moesten worden).

De vrouwen uit de groep die zittend was bevallen, kregen twee maanden na de bevalling een vragenlijst. Van de respondenten (75 procent) antwoordde 95 procent een volgende keer weer van het baringskussen gebruik te willen maken.

M. Sanders

Patterns of transmission in measles outbreaks in the United States, 1985-1986 Markowitz LE, Preblud SR, Orenstein WA, et al. *N Engl J Med* 1989; 320: 75-81.

Sinds de verplichte inenting tegen mazelen in de VS treden nog steeds kleine epidemieën op (5 tot 900 met elkaar in verband staande gevallen van mazelen). In dit onderzoek werden de kleine epidemieën in de jaren 1985-1986 geanalyseerd.

In de loop van twee jaar ging het om bijna 10.000 gevallen, dat is 1 à 2 per 100.000 inwoners. Ongeveer eenderde van de patiënten was niet ingeënt. Dit waren vooral kinderen die nog niet naar school gingen uit sociaal zwakke gezinnen in grote steden. De rest van de epidemieën trad op bij schoolgaande kinderen die wél ingeënt waren, gedeeltelijk echter voor de leeftijd van 16 maanden (er werd toen nog met 12 maanden ingeënt). Import van mazelen door niet-ingeënte allochtonen werd maar in 1 procent van de gevallen geconstateerd.

H.G. Frenkel-Tietz

Visit frequency for essential hypertension: observed associations Lichtenstein MJ, Steele MA, Hoehn TP, Bulpitt CJ, Coles EC. *J Fam Pract* 1989; 28: 667-72.

Risks of overtreatment of hypertension Aagaard GN. *J Fam Pract* 1989; 28: 665-6.

Welke factoren beïnvloeden de consultfrequentie bij hypertensiecontroles?

Gedurende een periode van 15 jaar werden 450 patiënten vervolgd, die in verband met hypertensie door hun huisarts werden gecontroleerd. Het gemiddelde interval tussen twee controles bleek 4 maanden te zijn. Dit interval was korter bij patiënten met een hogere bloeddruk, en het interval werd langer naarmate de patiënt langer voor zijn bloeddruk werd gecontroleerd, onafhankelijk van de hoogte van die bloeddruk. Leeftijd, geslacht, gewicht en de aanwezigheid van angina pectoris hadden geen invloed op de consultfrequentie. Kortere intervallen lijken samen te hangen met de beginperiode van de hypertensiebehandeling, waarbij de bloeddruk nog moet worden verlaagd; langere intervallen reflecteren mogelijk het falen van patiënten om zich te houden aan de afgesproken termijn.

In het commentaar wordt erop gewezen dat juist bij een medicamenteus behandelde hypertensie regelmatige controles noodzakelijk blijven. Verschillende onderzoeken hebben uitgewezen, dat medicamenteus behandelde hypertensiepatiënten met een diastolische bloeddruk onder de 85 mm Hg een aanzienlijk hoger risico op cardiovasculaire complicaties lopen dan pa-

tiënten bij wie de diastolische bloeddruk tussen de 85 en 95 mm Hg ligt. De schrijver verklaart dit uit het feit dat de perfusie van het myocard alleen tijdens de diastole kan plaatsvinden, zodat een drastische verlaging van de diastolische bloeddruk de zuurstoftoevoer van het myocard ernstig kan verstoren. Dit probleem zou des te sterker gelden als er al een stenose in een coronair arterie aanwezig is.

De auteur pleit ervoor om hypertensie pas medicamenteus te gaan behandelen bij een diastolische bloeddruk van 100 mm Hg of hoger en om de medicatie te verlagen als de diastolische bloeddruk onder de 85 mm Hg is gedaald.

Marjolijn Hugenholtz

Principles of cancer pain management. Use of long-acting oral morphine Brooks I, De Jager R, Blumenreich M, George E, Savarese JJ. *J Fam Pract* 1989; 28: 275-80.

A rational approach to cancer pain management Black DJ. *J Fam Pract* 1989; 28: 267-8.

Bij de bestrijding van matige tot ernstige pijn bij patiënten met kanker wordt oraal toegediende morfine de laatste jaren steeds meer beschouwd als het middel van eerste keus, indien er een narcotisch analgeticum moet worden gebruikt. Bezwaar van het alternatief, methadon, is de cumulatie in het plasma na enkele dagen, waardoor bijwerkingen kunnen toenemen en de dosering moet worden verlaagd. In dit artikel worden richtlijnen gegeven voor het gebruik van *slow release* morfinetabletten. Vervolgens worden de bijwerkingen en de mate van analgesie bij het gebruik van deze tabletten in de praktijk onderzocht.

Geadviseerd wordt om bij de overgang van zwakkere analgetica naar *slow release* morfinetabletten te starten met tweemaal daags 30 mg om de 12 uur. Bij onvoldoende effect moet de dosering vervolgens met 30-60 mg per dag worden verhoogd. Tijdens de instellingsfase wordt bij pijn zo nodig 15 mg morfinedrank bijgegeven.

De schrijvers vinden dat volledige analgesie moet worden nagestreefd en zij hanteren hiertoe de volgende therapeutische principes:

- Indien de pijnstilling onvoldoende is, moet de dosering per keer worden verhoogd, maar niet het aantal doseringen. Ook bij doorbraakpijn – pijn die op vaste tijden optreedt aan het eind van een doseringsinterval – moet de dosering worden verhoogd zonder het doseringsinterval te verkorten.
- Bij overschakeling van kortwerkende orale morfine op de *slow release* tabletten wordt de totale dagdosis door twee of drie gedeeld en